…….…………. dn. ……………. r.

Śląskie Centrum Reumatologii,

Ortopedii i Rehabilitacji w Ustroniu Sp. z o.o.

43-450 Ustroń, ul. Szpitalna11

**WNIOSEK**

**O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI ARCHITEKTONICZNEJ   
LUB INFORMACYJNO – KOMUNIKACYJNEJ**

**1) WNIOSKODAWCA:**

*Imię i nazwisko wnioskodawcy:*……………………………………………………………

*Adres zamieszkania:*……………………………………………………………………….

*Numer telefonu:*…………………………………………………

Na podstawie art. 30 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (t.j. Dz.U.2020 poz.1062) **wnioskuję o:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(proszę opisać barierę utrudniającą lub uniemożliwiającą dostępność w zakresie architektonicznym lub informacyjno – komunikacyjnym)*

**2) WSKAZANIE SPOSOBU KONTAKTU Z WNIOSKODAWCĄ**

………………………………………………………………………………………………….

*(proszę wpisać sposób kontaktu z wnioskodawcą)*

**3)WSKAZANIE PREFEROWANEGO SPOSOBU ZAPEWNIENIA DOSTĘPNOŚCI** *(jeśli dotyczy)*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Zgodnie z art. 31 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, zapewnienie dostępności, w zakresie określonym we wniosku, następuje bez zbędnej zwłoki nie później jednak niż w terminie****14 dni****od dnia złożenia wniosku o zapewnienie dostępności.*

……………………………………………

*(data i czytelny podpis Wnioskującego)*